

2 护理

2.1 新式剖宫产与传统式剖宫产术后护理常规 术后去枕平卧位, 6 h 后取半卧位。密切观察生命体征, 保证输液管和导尿管的通畅, 注意阴道流血、宫缩及切口渗血情况。外阴护理, 外用 1:1 000 高锰酸钾液擦洗每天 2 次, 保持舒适, 预防感染。术后实行母婴同室, 及时做到早接触、早吸吮, 促进乳汁分泌, 有利于母乳喂养。

2.2 新式剖宫产术后护理改进

2.2.1 保留尿管拔除时间由传统式的大于 24 h 提前至 6~24 h 由于新式剖宫产术后 6 h 麻醉作用完全消失, 膀胱作用已恢复^[2], 完全可以在术后 6~24 h 据产妇情况拔除尿管, 早拔除可尽早减轻产妇痛苦, 有利于产妇的休息和及早下床活动, 防止和减少泌尿道感染。

2.2.2 鼓励并指导产妇早期活动, 提前首次下床时间 由于新式剖宫产术不缝合腹膜, 术后腹膜无张力, 减轻切口疼痛程度、开腹时采取钝性撕拉的方法保留其内血管、神经的完整性, 减少术中出血, 有利于产妇体力和精神的恢复, 易接受早期下床活动的指导。

2.2.3 术后 6 h 进食流汁, 促进肛门排气 新式剖宫产手术时不在腹腔内操作, 术后肠蠕动恢复快, 6 h 后就可进流质饮食。同时, 早进食可刺激胃肠道, 促进肠蠕动^[3], 使肛门排气时间提前。另外也能满足产妇机体需要, 促进体力恢复, 乳汁分泌快而多^[4], 有利于母乳喂养的实施。

3 讨论

对需要剖宫产的孕妇, 采用何种方式, 以提高手术质量, 减少创伤, 减轻疼痛, 促进产妇术后康复, 提高母乳喂养率是医护人员一致探讨的主要问题。手术患者剧烈疼痛不仅使患者产生难以忍受的痛苦, 且常伴随有其他生理功能紊乱, 影响术后康复和母乳喂养的实施。疼痛本身可促进体内儿茶酚胺水平升高, 导致泌乳素抑制因子的分泌和释放, 从而

抑制催乳素的分泌, 影响术后泌乳。另外, 催乳素的生成在夜间更占优势, 其水平一般在睡眠后 4~5 h 最高^[5], 切口疼痛的产妇, 由于疼痛刺激, 影响了其休息、睡眠, 进而影响催乳素分泌, 也不利于术后恢复。新式剖宫产切口走向与身体弯曲轴线一致, 活动时切口张力小, 疼痛轻; 不缝合腹膜, 术后腹膜无张力而减轻了术后切口疼痛^[6]。因而产妇离床活动早, 且不影响哺乳姿势, 有利于早哺乳。同时由于活动早, 有利于肠蠕动恢复。

剖宫产产妇由于手术创伤, 加上术后禁食等, 均使产妇能量消耗增加, 而产妇在术后授乳期内身体恢复、生产乳汁及乳腺分泌活动都需要大量热量, 可见剖宫产后母体热量补充是十分重要的^[7]。新式剖宫产由于手术时间短、术中出血少、对肠管刺激小、胃肠功能恢复快^[8], 能及早进食, 有利于产妇术后体力恢复和乳汁分泌。

[参 考 文 献]

- [1] 孙祥熙, 申庆文. 改良式子宫下段横切口剖宫产 65 例分析[J]. 蚌埠医学院学报, 1998, 23(1): 17~18.
- [2] 王歧英. 妇科腹部手术后留置尿管拔除时间的研究[J]. 护士进修杂志, 1998, 13(12): 10~11.
- [3] 徐晓俊, 宁毓英. 对剖宫产术后产妇早进食的探讨[J]. 中华护理杂志, 1997, 32(3): 150~151.
- [4] 朱炳英. 152 例腹膜外剖宫产术后早进食的观察与护理[J]. 黑龙江护理杂志, 1999, 5(1): 5~6.
- [5] 沈宗姬, 孙希琰. 影响泌乳量的因素分析[J]. 实用妇科与产科杂志, 1990, 6(3): 145~146.
- [6] 马彦彦. 新式剖宫产术[M]. 北京: 北京科学技术出版社, 1998: 10.
- [7] 古 衍, 冯卫彤. 静滴脂肪乳对 123 例剖宫产后乳汁分泌的影响[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 1999, 15(8): 489~490.
- [8] 陈义芳, 王爱云. 新式剖宫产 100 例临床观察[J]. 中原医刊, 2000, 27(1): 7~8.

[文章编号] 1000-2200(2004)03-0276-02

· 临床护理 ·

大面积烧伤患者浸浴治疗的护理

傅 敏

[关键词] 烧伤; 浸浴疗法; 护理

[中国图书资料分类号] R 644 [文献标识码] B

烧伤创面的处理是烧伤治疗的重要环节之一, 尤其是大面积深度烧伤者。2002 年 8 月~2003 年 8 月, 我科应用多功能浸浴缸对 30 例患者采用浸浴疗法治疗烧伤创面, 取得满意效果, 现将护理体会作一介绍。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 30 例均为男性, 年龄 20~50 岁, 烧伤面积 25%~70%。致伤原因: 化学灼伤 5 例, 烫伤 12 例, 电

击伤 5 例, 火焰烧伤 8 例。浸浴治疗时间最短 10 天, 最长 30 天。12 例为溶痂期的患者, 18 例为植皮后残余创面的患者。

1.2 方法 采用多功能烧伤浸浴设备(河南南阳国防研究所生产), 浸浴前将室温调至 28~30℃。水温以高于患者体温 1℃为宜, 浸浴液可以是 1%温盐水, 也可以加入适量的碘伏或 1:1 000 苯扎溴铵液等^[1], 将患者用浸浴专用担架抬至浸浴缸内, 水量以淹没躯干为宜。浸浴同时启动声波冲浪和臭氧消毒装置, 医师戴无菌手套后用纱布轻柔擦洗创面。上述过程控制在 30 min 内完成, 初次浸浴或体质较差者应适当缩短浸浴时间, 浸浴完毕及时洗刷和消毒浸浴缸。

1.3 治疗效果 与传统包扎、暴露方法处理创面相比较, 经

[收稿日期] 2003-10-31

[作者单位] 安徽省蚌埠市第三人民医院 烧伤整形科, 233000

[作者简介] 傅 敏(1973-), 女, 安徽蚌埠人, 护师。

浸浴治疗后创面坏死组织脱落快、感染得以控制、肉芽组织生长迅速,为植皮创造了条件,烧伤后期一次或多次浸浴后,创缘周边上皮生长加快,促进了创面愈合,缩短了疗程。

2 护理

2.1 心理护理 浸浴治疗是一种较新的治疗方法,患者对此可能不知或存在疑虑,在进行浸浴治疗前,我们积极与患者和家属进行沟通,使患者了解浸浴的方法、目的、过程、注意事项以及浸浴中可能出现的情况,减轻患者心理压力,以便积极配合治疗。

2.2 安全护理 患者一般情况良好,各项生命体征平稳,体温在 38.5°C 以下,白蛋白 $> 25\text{ g/L}$,血红蛋白 $> 85\text{ g/L}$,电解质无明显异常,创面无活动性出血,方可进行浸浴治疗,浸浴前嘱患者先排便,搬运患者时要注意保暖及安全。

2.3 浸浴时护理 浸浴室应保持环境清洁、舒适,避免噪音与强光刺激,保持浸浴缸内的水淹没患者躯干,患者初入浴池时,可能有轻度不适感,应向其解释、安慰,以增加患者的安全感。患者在浸浴 10 min 后,护士可协助医师清理创面,在清理创面的过程中,密切观察患者神志、面色和呼吸,若患者出汗较多,可适当饮水;患者主诉心悸,同时伴有面色苍白,应果断终止浸浴。

2.4 浸浴后护理 患者出浸浴缸时应用温水清洗体表,并迅速擦干或用远红外线烧伤治疗机吹干,创面用消毒巾覆

盖,送回病房。鼓励患者口服少许流质,浴后 1 h 内加强对患者的体温及病情的监测^[2]。在秋冬季节,要注意患者的保暖,待患者身体回暖后,协助医师进行创面的处理。

3 讨论

3.1 浸浴治疗的优点 浸浴治疗是将患者躯干、四肢浸于温水中或药液中一定时间,可以清除创面脓汁及疏松的脓痂和坏死组织,减少创面的细菌与毒素,利于引流痂下积脓,浸浴时患者可在水中活动,促进循环,改善功能,促进烧伤后期残留的顽固小创面愈合;浸浴后敷料去除容易,减轻患者换药时的疼痛。

3.2 注意事项 大面积烧伤早期焦痂尚未分离时不宜进行浸浴治疗,宜在伤后两周左右;患者在月经期或合并有严重心肺疾病时不宜进行浸浴治疗,初次浸浴不宜超过 30 min^[3],浸浴次数及间隔时间应根据患者创面及全身情况而定,可每日或隔日进行。

[参 考 文 献]

- [1] 罗昌其,戴志高,岑英.浸浴疗法治疗烧伤残余创面的体会[J].遵义医学院学报,2001,24(5):423.
- [2] 郑竹萍,樊亚莉.浸浴法治疗大面积烧伤残余创面的护理体会[J].现代康复,2000,11(4):139.
- [3] 王惠杰,王斌,关宇欣.浸浴疗法治疗深度烧伤残余创面[J].中国疗养医学,2001,10(1):16~17.

[文章编号] 1000-2200(2004)03-0277-02

。临床护理。

护患沟通在手术室工作中的应用体会

周玉琼,李海林

[关键词] 手术室护理;心理治疗

[中国图书资料分类法分类号] R 472.3 [文献标识码] B

护患沟通不仅是建立一种主动合作的新型护患关系的基础,也是满足病人被尊重、被关爱心理需要的基本形式^[1]。在手术室护理中应用沟通技巧、拓宽沟通层面、丰富护理内容,建立积极的护患关系是提高整体护理质量的前提,也是值得不断探讨的话题。现以两组择期单纯胆囊切除术患者为例,将我科护患沟通情况作一介绍。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2003 年 1~9 月在我科接受择期单纯胆囊切除术患者 96 例,男 34 例,女 62 例;年龄 20~78 岁。文化程度:初中以下 56 例,高中以上 40 例;术前诊断胆囊息肉 12 例,余为胆囊炎或合并胆石症;手术时间 0.5~2 h,麻醉方式均为连续硬膜外麻醉。

1.2 方法 将患者随机分成对照组和观察组,各 48 例。对照组采用传统的指导方案:术前 1 天阅读病历访视病人,完成术前宣教和心理护理,术前 30 min 接病人入手术室完成手术、麻醉的配合,术毕护送回病房。观察组:由器械护士、巡回

护士、主管护师各一名组成沟通小组,应用护理程序,按照“病房—手术室—病房”的沟通路径完成全手术期的沟通过程。

1.3 观察指标和诊断标准 两组均采用焦虑的主观评定法和自评量表(SAS)^[2]测评法,分别于术前 3 天、1 天和术后 5 天对其心理反应进行评定,并算出其平均值(\bar{x}),以高出我国常模水平(29.78 ± 10.07)^[2]的上限水平,并与主观评定结果相符视为沟通无效病例,反之则为有效病例。

1.4 观察组中具体沟通内容 术前 3 天内访视,评估患者相关知识缺乏程度、认知行为能力、心理应激能力、正性情感支持情况等,根据评估资料提出护理问题,拟定护理措施,如有关手术、麻醉信息的介绍,体位的术前演习,必要时辅助渐进性放松特殊行为的训练等,帮助患者增强心理应对能力,使其进入积极的术前心理状态,同时适时地自我介绍,让患者产生亲切信任感,建立良好的护患关系,减轻手术带来的孤独无助感。

术中由熟悉的沟通小组护士全程陪护手术的进行,并保持手术室安静,避免大声喧哗和交谈与手术无关的话题,减少不良刺激,满足患者需要,保证手术室温度适宜和术中安全,防止手术和体位造成的压伤、碰伤、电灼伤等,保证各种管道通畅;应用沟通技巧,减轻患者的恐惧,如播放音乐转移

[收稿日期] 2003-11-13

[作者单位] 解放军海军安庆医院 手术室,安徽 安庆 246003

[作者简介] 周玉琼(1974—),女,安徽安庆人,护师。